

Année Scolaire
1936-1937

THÈSE

N° 54

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Juillet 1937, à 17 h.

PAR

FOURNIER Paul Léandre Emile

Né le 23 Août 1911, à Avesnes-le-Comte (Pas-de-Calais)

TORSION DU PÉDICULE DE LA RATE EN POSITION ECTOPIQUE

*Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

Président de la thèse : M. HAMANT, Professeur.

Suffragants : { MM. BINET, Professeur.
BODART, Professeur agrégé.
CHALNOT, Professeur agrégé.

1937

Emile FRANÇOIS
Photogaveur-Imprimeur
8, Rue Gantois, 8
LILLE

Année Scolaire
1936-1937

THÈSE

N° 54

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Juillet 1937, à 17 h.

PAR

FOURNIER Paul Léandre Emile

Né le 23 Août 1911, à Avesnes-le-Comte (Pas-de-Calais)

....

TORSION DU PÉDICULE DE LA RATE EN POSITION ECTOPIQUE

*Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

Président de la thèse : M. HAMANT, Professeur.

Suffragants : { MM. BINET, Professeur.
BODART, Professeur agrégé.
CHALNOT, Professeur agrégé.

1937

Emile FRANÇOIS
Photographeur-Imprimeur
8, Rue Gantois, 8
LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I §§.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I §§ ; WEISS, O *, I §§ ;

BOUIN, O *, I §§ ; ANCEL, *, I §§ ; GARNIER, *, I §§ ;

MACÉ, *, I §§ ; P. PARISOT, O *, I §§ ; DUFOUR, *, I §§.

Professeurs :

Anatomie pathologique
Clinique mal. syphilit. et cutanées
Clinique de chirurgie infantile et
d'orthopédie
Physiologie
Clin. obstétricale et Accouchem...
Clinique d'oto-rhino-laryngologie...
Clinique de chirurgie urinaire....
Histologie
Anatomie descriptive
Clinique médicale
Chimie médicale
Clinique médicale
Hygiène et médecine préventive..
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Hydrologie
Clinique des maladies des enfants
Bactériologie et parasitol. médicale
Thérapeutique
Clinique chirurgicale

M. L. HOCHÉ, O *, I §§.
M. L. SPILLMANN, O *, I §§.

M. FRÉLICH, *, I §§.
M. M. LAMBERT, *, I §§.
M. A. FRUHNHOLZ, O *, I §§.
M. P. JACQUES, *, I §§.
M. P. ANDRÉ, O *, I §§.
M. R. COLLIN, *, I §§.
M. M. LUCIEN, O *, I §§.
M. L. RICHON, *, I §§.
M. H. ROBERT, *, I §§.
M. M. PERRIN, *, I §§.
M. J. PARISOT, C *, I §§.
M. HAMANT, *, I §§.
M. P. JEANDELIZE, *, I §§.
M. SANTENOISE, *, I §§, A §§.
M. L. CAUSSADE, *, I §§.
M. DE LAVERGNE, *, I §§.
M. SIMONIN, I §§.
M. N....
M. L. JOB, *, I §§.
M. WATRIN, *, I §§.
M. BINET, *, I §§.

Professeurs sans chaire

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses
Pathologie générale
Clinique gynécologique
Pathologie externe
Clinique des maladies contagieuses
Clinique des vieillards
Propédeutique dermatologique ...
Médecine opératoire
Electrothérapie et radiologie.....
Accouchements (cours théorique).
Obstétrique
Clinique propédeutique médicale..
Anatomie et Médecine légale.....
Pathologie interne
Clinique des maladies mentales...
Education physique (1)
Physiologie du travail
Clinique neurologique (1)
Propédeutique O.-R.-L. (1)
Parasitologie

M. ABEL, *, I §§, agrégé.
M. P. SIMONIN, I §§, prof.
M. DROUET, I §§, agrégé.
M. A. BINET, *, I §§, prof. sans chaire.
M. GUILLEMIN, A §§, agrégé.
M. DE LAVERGNE, *, I §§, professeur.
M. DROUET, I §§, agrégé.
M. WATRIN, *, I §§, prof. sans chaire.
M. M. BARTHÉLEMY, *, I §§, agr. libre.
M. G. LAMY, *, I §§, ch. du c., ag. lib.
M. JOB, *, I §§, prof. sans chaire.
M. VERMELIN, *, I §§, agrégé.
M. KISSEL, agrégé.
M. MUTEL, *, I §§, agrégé.
M. ABEL, *, I §§, agrégé.
M. HAMEL, *, docteur.
M. L. MERKLEN, A §§, agrégé.
M. L. MERKLEN, A §§, agrégé.
M. MICHON, docteur.
M. AUBRIOT, docteur.
M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A §§.
FLORENTIN, A §§.
BODART.
CHALNOT.
WOLFF, A §§.

MM. POURSINES.
MELNOTTE, O *.
MUTEL, *, I §§.
VERMELIN, *, A §§.

MM. GUILLEMIN, A §§.
ABEL, *, A §§.
DROUET, A §§.
KISSEL.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, *, I §§ ; S. RÉMY, I §§ ; BUSQUET, I §§ ;
BARTHÉLEMY, *, I §§ ; LAMY, *, I §§ ;
M. E. TRIBOLET, I §§, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les approuver.

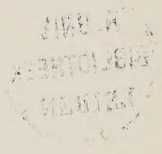


A MA MERE

Elle m'a permis de mener à bien mes études, qu'elle trouve ici le témoignage de ma reconnaissance.

A MA FIANCEE

A MES PARENTS ET AMIS



A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur HAMANT

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur BINET.

Monsieur le Professeur agrégé BODART.

Monsieur le Professeur agrégé CHALNOT.

A MES MAITRES DE LA FACULTE LIBRE
DE MEDECINE ET HOPITAUX DE LILLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547411_0057

AVANT-PROPOS

Au mois d'Août 1935, il nous a été donné d'observer, dans le service de Chirurgie de l'Hôpital de la Charité, un cas de rate ectopique avec torsion de son pédicule.

La malade fut opérée par Monsieur le Professeur VINCENT, qui nous a permis d'en publier l'observation.

Nous sommes heureux, à l'occasion de notre thèse, de lui témoigner notre gratitude pour les conseils et l'enseignement qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours de nos études.

Il nous a paru instructif, au sujet de cette observation de relever dans la littérature les cas les plus intéressants de torsion du pédicule de la rate en position ectopique. Cette affection maintenant bien connue est pourtant assez rare et son étude ne remonte qu'à la fin du siècle dernier.

En 1896, BUREAU, dans sa thèse inaugurale, en citait une vingtaine de cas.

En 1908, JOHNSON recueillait trente-neuf observations dans toute la littérature.

Plus près de nous, ABELL en a recueilli quatre vingt-treize cas publiés et il y ajoute deux cas personnels.

Nous avons pû recueillir quelques cas postérieurs au travail d'ABELL, on en trouvera plus loin les observations.

ANATOMIE NORMALE DE LA RATE

SES MOYENS DE FIXITÉ

La rate, volumineux organe lymphoïde leucopoiétique, est un viscère plein, pesant de 190 à 200 grammes et occupant, à gauche, l'étage supérieur de la cavité abdominale.

C'est une glande vasculaire sanguine, elle ne possède donc aucun canal excréteur et les produits qu'elle élabore sont directement versés dans le sang et la lymphe qui la parcourent par un très riche réseau de capillaires.

Située sous la partie gauche du diaphragme, elle surmonte le coude gauche du colon transverse. En avant, elle est masquée en partie par la face postérieure de l'estomac, elle recouvre le pôle supérieur du rein gauche et la capsule surrénale gauche. Normalement son axe longitudinal est incliné de haut en bas et d'arrière en avant.

Habituellement, la rate est un organe unique, pourtant dans certains cas on trouve de petites rates surnuméraires ou accessoires qui se logent surtout dans l'épiploon gastro-splénique ou dans l'épiploon pancréatico-splénique. Ces rates accessoires peuvent subir des phénomènes de torsion comme l'organe principal. Dans deux de nos observations : celle de GEIGER et celle d'OKINCZYC on note en effet la torsion de rates surnuméraires ; mais dans ces cas comme la rate surnuméraire n'a pas de loge ni de point d'implantation fixes, il est bien difficile de dire s'il y a ectopie ou non.

La torsion du pédicule splénique se produisant surtout sur les rates ectopiées par défaut de fixation, il nous paraît intéressant de voir rapidement quels sont les principaux moyens de fixité de cet organe.

Ces moyens de fixité sont nombreux, mais pourtant assez lâches pour permettre, à l'état normal, des déplacements de faible amplitude ; l'inspiration forcée, par l'intermédiaire du diaphragme, exerce une pression sur la rate et la refoule vers le bas, ce mouvement est très utilisé en clinique pour permettre la palpation. En effet, la rate est ainsi amenée dans la cavité abdominale et pour peu qu'elle soit un peu hypertrophiée, sa palpation devient possible.

La réplétion de l'estomac la pousse en dehors et ramène cet axe vertical. La distension du colon transverse et surtout du coude gauche, ramène cet axe dans une position presque horizontale.

L'attitude du corps fait varier la position de la rate

et ceci aussi est utilisé en clinique : pour faciliter la palpation.

On met le sujet en décubitus latéral droit et en inspiration forcée, de cette façon la rate tend à s'abaisser et son propre poids la ramène vers la ligne médiane, la dégageant ainsi du rebord costal. C'est dans cette position, décubitus latéral droit, inspiration forcée, jambes fléchies pour relacher la musculature abdominale, que l'on arrive à sentir la rate légèrement hypertrophiée.

Les moyens de fixité de la rate sont de plusieurs ordres et de valeur très inégale.

Nous étudierons d'abord les replis péritonéaux qui fixent la rate à la cavité abdominale et aux organes voisins ; puis, le pédicule splénique ; enfin, nous verrons quelques autres moyens qui, si à eux seuls ne seraient pas capables de fixer la rate, n'en jouent pas moins un rôle important dans la fixité de cet organe.

Etudions tout d'abord les replis péritonéaux qui intéressent la rate. Un bref rappel embryologique nous paraît nécessaire afin de mieux se représenter ces replis.

Au début de l'évolution du fœtus, les replis péritonéaux comprennent essentiellement : le mésogastre antérieur, allant de l'estomac à la paroi abdominale antérieure et le mésogastre postérieur, membrane double dont les deux feuillets sont séparés par une atmosphère celluleuse, allant de la colonne vertébrale à l'estomac.

Le foie et l'estomac, inclus dans ces replis périto-

néaux, sont l'un devant l'autre en position médiane, l'estomac a à ce moment une face droite et une face gauche.

Le foie augmente rapidement de volume et tend à se porter à droite, ceci amène une rotation de l'estomac qui atteindra 90 °, la face droite de l'estomac devenant sa face postérieure.

Dans ce mouvement de torsion, le mésogastre postérieur a subi une incurvation vers la gauche formant la poche mésogastrique, ébauche de la future arrière-cavité des épiploons, limitée en arrière par la paroi abdominale postérieure et en avant par la face postérieure de l'estomac. A ce moment, dans le feuillet gauche du mésogastre postérieur apparaît l'ébauche de la rate.

Dans le mésogastre postérieur, entre la colonne vertébrale et l'ébauche splénique, se trouve aussi l'ébauche du pancréas.

La rate se développe alors dans l'hypochondre gauche. La partie du mésogastre postérieur, qui la rattache à la colonne vertébrale et au pancréas, devient le ligament pancréatico-splénique qui se soude à la paroi abdominale postérieure et devient ainsi l'un des moyens de fixité les plus importants de la rate.

C'est de son accollement plus ou moins serré que dépendra en grande partie la fixité de la rate.

La partie du mésogastre postérieur qui relie la rate à l'estomac devient l'épiploon gastro-splénique qui se con-

tinue en haut et en bas ; à la partie supérieure de la rate, il adhère au diaphragme. C'est une légère membrane très fine dont un petit épaississement prend le nom de ligament phrénosplénique, qui suspend en quelque sorte la rate.

Le ligament spléno-colique lui, est très inconstant, il s'insère d'une part sur le méso-colon transverse ou sur le ligament phrénocolique et d'autre part, sur le hile de la rate.

On voit donc que la rate est entièrement libre dans l'hypochondre gauche ; les ligaments qui la retiennent ne s'insèrent qu'au hile, la main peut faire le tour de l'organe sans rencontrer aucune adhérence, sauf à la région du hile et au pôle supérieur et au pôle inférieur quand il existe un ligament spléno-colique.

La rate est entourée sur toutes ses faces, sauf au hile, par une capsule fibreuse qui lui adhère intimement et qui est aussi unie de façon très serrée aux replis péritonéaux qui entourent la rate.

De cette constitution, il ressort que la rate ne peut pas sortir de sa loge sans entraîner avec elle tous les ligaments qui lui sont intimement unis.

Le pédicule joue aussi un rôle dans la fixité de la rate. Ce pédicule comprend : l'artère splénique, deux veines spléniques, des lymphatiques, des nerfs.

L'artère splénique, venant du tronc coélique, se rend au hile de la rate, emprisonnée dans l'épiploon pancréa-

tico-splénique ; avec lui, elle adhère à la paroi abdominale postérieure. De plus, elle donne quelques vaisseaux au pancréas, la gastro-épiploïque gauche et les vaisseaux courts de l'estomac, et ainsi, par son accollement et ses ramifications, sert à soutenir la rate.

D'après PICOU (in POIRIER) le rôle le plus important de fixation de la rate appartiendrait au rein gauche. C'est là surtout un rôle de soutien ; la rate, par son pôle, inférieur, prenant point d'appui sur le pôle supérieur du rein. Si ce point d'appui très important vient à manquer par exemple dans le rein flottant, la rate ne tardera pas elle-même, après avoir par son propre poids, distendu tous ses ligaments, à devenir mobile.

La réplétion de la cavité abdominale et la tonicité des muscles de l'abdomen doivent aussi jouer un grand rôle dans la fixité de la rate.

En effet, la pression intra-abdominale tend à empêcher les déplacements importants des organes intra-péritonéaux, et cette pression est fonction de la réplétion de cette cavité et de la tonicité de la paroi.

Les exemples sont nombreux où la ptose viscérale s'est produite après un accouchement ou un fort amaigrissement par suite de la vacuité relative de la cavité abdominale et de l'affaiblissement de sa paroi.

Ceci explique ce fait qui, au premier abord, pourrait sembler étrange : la torsion du pédicule de la rate se produit surtout chez des femmes et surtout chez des femmes ayant eu plusieurs grossesses. Chez celles-ci, la

ptose des organes abdominaux est plus fréquente que chez l'homme par suite de la vacuité abdominale suivant l'accouchement et aussi parce que la paroi abdominale de la femme forme une sangle moins résistante que chez l'homme.

Nous voyons donc que les moyens de fixité de la rate sont nombreux et variés :

Replis péritonéaux — pédicule splénique — rein gauche — pression intra-abdominale.

Ces moyens de fixité, quoique nombreux, permettent, nous l'avons déjà vu, des déplacements physiologiques de l'organe, mais ceux-ci sont de faible amplitude et ne permettent pas la torsion du pédicule.

Pour que cette torsion puisse se réaliser il faut une laxité particulière des ligaments ou des circonstances favorisantes que nous allons maintenant étudier.

ÉTIOLOGIE

FRÉQUENCE DE LA TORSION DU PÉDICULE DE LA RATE

LES TORSIONS DE LA RATE
SONT RELATIVEMENT RARES

Cette torsion fut signalée la première fois par KURNS en 1863. BEREZNEGOVSKY, sur 560 cas publiés de splénectomie, trouve 23 torsions. JOHNSON, en 1908, sur 708 splénectomies, trouve 39 cas de torsion. Plus près de nous, ABELL, dans le « The Lancet » publie un important article sur les torsions de la rate ; il a réussi à en recueillir 68 cas publiés et il y ajoute 2 observations personnelles.

Nous-mêmes en avons observé un cas en août 1935, et avons pu recueillir quelques observations postérieures au travail d'ABELL.

D'après les statistiques, il semble que les accidents de torsion se produiraient dans 20 % des cas d'ectopie splénique.

BEREZNEGOVSKY arrive à 24 % et JOHNSON à 19 %, on voit que ces chiffres oscillent autour de 20 %.

Les torsions de la rate se rencontrent particulièrement chez la *femme*. Il y a à ce fait plusieurs causes que nous étudierons par la suite.

ABELL, dans sa statistique sur 93 cas, voit la torsion se produire 88 fois chez la femme et 5 fois seulement chez l'homme ; ses 2 observations personnelles concernent aussi des femmes.

Bernard DESPLATS, en 1935, publie une observation concernant une femme ; de même l'observation de WELTI qu'on trouvera plus loin.

Le cas observé par nous était celui d'une jeune fille de quinze ans.

Les observations concernant des hommes sont assez rares.

PETRIDIS, TRINKLER, SOUTHAM, GEIGER, LINDEN, BIONDO, MAURO, ont publié chacun une observation où la torsion s'était faite chez un homme. Presque tous les auteurs insistent sur la rareté du fait.

Il est à remarquer aussi que la torsion de la rate survient surtout chez des *jeunes sujets*.

ABELL constate que sur 93 opérés, les deux tiers sont âgés de 20 à 40 ans.

Le plus jeune est l'enfant dont SOUTHAM relate l'observation, il était âgé de 6 ans.

L'observation de CASTANO et BREA concerne une jeune fille de 14 ans ; notre malade avait 15 ans et l'opérée de Bernard DESPLATS avait 23 ans.

Sur les 26 observations que nous reprenons :

6 sujets avaient moins de 20 ans,

12 étaient âgés de 20 à 40 ans,

3 étaient âgés de 40 à 50 ans,

1 sujet avait 73 ans.

On voit donc que c'est un accident que l'on rencontre surtout dans l'adolescence et l'âge adulte. Les cas publiés où la torsion s'est produite après 50 ans sont excessivement rares.

CAUSES DE LA TORSION DE LA RATE

D'après l'étude très sommaire que nous venons de faire, des moyens de fixité de la rate, on se rend compte que la torsion de son pédicule n'est possible qu'avec une rate en position ectopique.

Dans tous les cas de torsion, on a noté que la rate avait quitté sa place normale ; le plus souvent, il s'agit de véritable rate flottante dans l'abdomen.

Il est à noter que certaines observations concernent la torsion du pédicule de rates surnuméraires, l'organe principal restant en place.

OCKINCZYC récemment a rapporté l'observation personnelle d'une rate surnuméraire.

LE RICHE, en 1921, à la Société de Chirurgie de Lyon, publiait le cas suivant : « Rates multiples en position droite inter-hépatoduodéno-colique. Volvulus d'un des pédicules ».

Dans d'autres cas, il s'agit de torsion d'une rate développée en position anormale.

GREGOIRE a publié à la Société de Chirurgie le cas d'une rate ectopique développée en dehors de son point d'application normale.

Les cas les plus fréquemment rencontrés sont ceux de rate flottante, par défaut d'accolement de l'épiploon pancréatico-splénique à la paroi abdominale postérieure.

Avant d'étudier les conditions favorisantes de la torsion du pédicule, il est bon de voir rapidement les causes de l'ectopie splénique qui, comme nous l'avons vu, est une des causes essentielles de la torsion du pédicule de la rate.

Les moyens de fixité de la rate étant nombreux et variés, les causes de l'ectopie splénique seront elles-mêmes nombreuses et variées.

Ces causes peuvent être de divers ordres et agir de diverses façons. Les principales causes sont surtout : d'une part, l'hypertrophie de la rate et la laxité ligamentaire ; d'autre part, le relâchement de la paroi abdominale.

L'hypertrophie de l'organe est une des circonstances les plus fréquemment rencontrées ; tantôt il s'agit :

de rates paludéennes : HARTMANN, MAC DONALD, W. A. MACKAY, MAURO.

de kyste à contenu lipoïdique : GALLO-GALLO, MARANO.

de maladie de Banti : SALVIN.

Dans tous ces cas on comprend que le poids de l'organe très augmenté tiraille les ligaments et arrive à les forcer, on a ainsi réalisée l'ectopie splénique, premier temps de la torsion du pédicule.

Dans toutes les rates hypertrophiées qui se sont tordues sur leur pédicule, on ne trouve jamais de rates très hypertrophiées. Celles-ci, en effet, occupent un très grand espace dans le flanc gauche où elles sont comme incrustées au milieu des organes qu'elles ont refoulés pour prendre leur place. Dans ces conditions elles n'ont qu'une mobilité très restreinte qui ne leur permet pas de mouvements de grande amplitude nécessaires à la torsion du pédicule.

Ces ligaments forcés apparaissent très étirés et amincis au point de devenir cellulieux.

Pourtant, il est des cas où on trouve une grande laxité ligamentaire non imputable à l'hypertrophie de la rate comme dans une observation de CRUVEILHIER.

Un autre cas cité par MAURO concerne un sportif chez lequel la rate ne présente aucune hypertrophie.

RUMMEL, lui aussi, dans une observation ne trouve aucune hypertrophie splénique et attribue l'ectopie de l'organe à une disposition anormale du péritoine qui le relie aux autres organes abdominaux.

L'ACCOUCHEMENT et les maternités répétées que l'on trouve si souvent à l'origine des ptoses viscérales plus ou moins généralisées se rencontrent ici aussi avec une grande fréquence.

L'accouchement agirait par un double mécanisme : le produit de la conception enlevé et l'utérus ayant fait son involution, il se produit comme un vide dans la cavité abdominale et d'autre part, après l'accouchement la paroi abdominale reste flasque et atone, ne remplissant plus son rôle de soutien des organes abdominaux.

Dans l'observation de GALLO-GALLO, MARANO, les accidents se produisent 10 jours après l'accouchement.

MAURO publie un cas où il attribue l'ectopie splénique à des grossesses très répétées.

L'observation de WELTI concerne une femme qui

ressent les premiers symptômes au 3^e mois de grossesse; les douleurs se calment mais tous les signes reparaissent et s'aggravent pendant le mois suivant l'accouchement, et c'est à ce moment que se produit la torsion du pédicule.

Bernard DESPLATS récemment a vu la torsion de la rate se produire peu de temps après l'accouchement.

GEDANOVITCH de Léninegrad a vu cet accident chez une femme qui avait eu cinq grossesses.

La malade de J. MAC DONALD a vu les accidents survenir un mois après son accouchement.

Ces faits expliquent que, dans 90 % des cas, la torsion de la rate se produise chez des femmes et surtout chez des femmes qui ont eu plusieurs enfants.

Hypertrophie de la rate, laxité ligamentaire, accouchement ou fort amaigrissement avec atonie de la paroi abdominale sont les circonstances que l'on rencontre le plus souvent dans l'ectopie splénique.

La statistique d'ABELL note 28 cas de paludisme avec rate très hypertrophiée. Sur 72 femmes dont la rate s'était tordue 51 avaient eu plusieurs enfants.

Pourtant, si l'ectopie splénique est une condition indispensable à la torsion du pédicule, elle n'est pas suffisante pour la provoquer.

Pour LIEFFRING, la torsion du pédicule de la rate

ne se produirait que 8 fois sur 100 cas de rates ectopées; tandis que BUREAU, ABELL, OCKINCZYC accusent un pourcentage de 20 %.

Il est difficile de savoir exactement le pourcentage car si toutes les rates à pédicule tordu sont vues par suite des accidents qu'elles provoquent, il y a beaucoup d'ectopies spléniques inconnues, soit que diagnostic ne soit pas porté, soit, le plus souvent, parce que le malade ne consulte pas pour cette affection.

Qu'elles sont donc les CAUSES DETERMINANTES de la torsion de la rate précédemment ectopée ?

Certains auteurs semblent attribuer un rôle important aux EXERCICES VIOLENTS qui, en déplaçant brusquement la rate, amèneraient la torsion de son pédicule.

MAURO voit le fait se produire chez un sportif habitué aux exercices violents.

VINCENT note la torsion chez une jeune fille qui, dans la journée, est allée cueillir de l'herbe et par conséquent, s'est levée et baissée un très grand nombre de fois. On comprend dans ces conditions que la rate aie pu faire un tour ou même plusieurs sur son pédicule.

TRINKLER, dans son observation, rapporte que cet accident est survenu brusquement à un homme travaillant dans son jardin. Cet homme lui aussi se baissait et se relevait de très nombreuses fois au cours de la journée.

Le fait que l'on rencontre la torsion du pédicule surtout sur des sujets jeunes, les 2/3 de 20 à 40 ans d'après la statistique d'ABELL, ne vient-il pas à l'appui de cette hypothèse, car c'est à cet âge que l'on peut se permettre les mouvements violents.

D'autres auteurs veulent expliquer la torsion de la rate par le fait D'ADHERENCES LOCALISEES.

Pour eux, la rate, pour une raison ou pour une autre, contracterait des adhérences par son pôle inférieur; celui-ci fixé, ne permettrait pas à l'organe de se déplacer par glissement comme dans l'ectopie, mais le pôle supérieur tournerait autour du pôle inférieur fixé, comme autour d'une charnière.

Pour certains, le ligament spléno-colique qui ceinture le pôle inférieur de la rate, jouerait le même rôle que les adhérences localisées au pôle inférieur.

Dans ces cas d'adhérences du pôle inférieur ou de ligament spléno-colique, la rate basculerait, le pôle supérieur en avant. Ce serait aussi dans ces cas que l'on trouverait la torsion du pédicule sans ectopie splénique préalable.

Certains auteurs attribuent un grand rôle à l'HYPERTROPHIE D'UNE PARTIE de la rate ; on comprend très bien en effet que le pôle supérieur de la rate, hypertrophié, puisse basculer et ainsi réaliser la torsion du pédicule. Ces hypertrophies localisées au pôle supérieur de la rate sont surtout réalisées par des formations kystiques.

GALLO-GALLO et MARANO ont vu sur la face externe de l'organe un kyste calcifié de nature indéterminée.

Ces hypertrophies localisées ont pu, en déplaçant le centre de gravité de la rate, en amener la rotation et ainsi la torsion du pédicule.

Ces cas de torsion du pédicule, favorisés par des adhérences ou une hypertrophie partielle de l'organe, semblent les seuls où il paraisse possible d'admettre la torsion sans ectopie préalable. Ici la rate quitte sa loge en basculant, elle tord son pédicule, au lieu de glisser comme dans l'ectopie sans amener de modification aux vaisseaux.

Au simple point de vue théorique, on doit citer les expériences de PAYR de GRAZ, pour lui, l'état des vaisseaux du pédicule jouerait un rôle très important dans la production des phénomènes de torsion ; cet auteur montre que les veines sont plus longues que l'artère splénique et par contre plus flexueuses, et que, si une gêne quelconque survient à la circulation veineuse, ces vaisseaux se dilatent, deviennent plus flexueux et s'enroulent autour de l'artère, il appelle ce phénomène la torsion hémodynamique, par opposition aux torsions reconnaissant une cause externe.

Le pédicule étant tordu, on peut en observer la détorsion, cela s'est vu d'ailleurs plusieurs fois.

BIONDO relate un cas où une torsion s'était produite 10 ans avant celle qui amena le malade à se faire opérer.

Le cas de WELTI montre une femme qui souffrit de plusieurs torsions échelonnées sur plusieurs années avant de voir s'installer une torsion irréductible.

La malade de PETRIDIS souffrait depuis un an de crises indéterminées que seule la vue de la rate tordue permit de qualifier rétrospectivement de crises de torsion de la rate.

La malade de MAC DONALD et de W. A. MACKAY, avec ses crises de torsion et de détorsion successives, est aussi très démonstrative à ce sujet.

Pour que la détorsion puisse se produire il faut que cela se fasse rapidement car les adhérences ne tardent pas à unir la rate, et le pédicule tordu, aux organes voisins et ainsi la torsion est fixée et irréductible. Torsion fixée et irréductible d'emblée aussi quand la rate en se tordant s'enclave dans le petit bassin, comme dans le cas de RUMMEL.

En résumé, nous voyons que la torsion du pédicule de la rate se produit chez des sujets jeunes, de 20 à 40 ans surtout. Dans plus de 90 % des cas, il s'agit de femmes et surtout de femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants.

La détorsion n'est pas un fait impossible, elle se produirait même assez souvent, mais le malade reste exposé à voir un jour ou l'autre son pédicule splénique se tordre de nouveau.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Voyons maintenant les répercussions de la torsion de la rate :

- sur le pédicule,
- sur la rate,
- sur les organes avec lesquels l'organe déplacé entre en contact.

Le pédicule est très souvent allongé, mais on en trouve peu de descriptions dans les relations des auteurs. Dans notre cas il mesurait 10 centimètres de long.

Les auteurs ont noté un peu plus souvent sa grosseur.

Dans notre observation, le pédicule avait la grosseur d'un cordon ombilical, de même dans l'observation d'HARTMANN.

WELTI le trouve infiltré et oedématié.

Bernard DESPLATS le trouve de la grosseur d'un doigt et OULIE de Constantine, le compare à un pouce.

Entourant ce pédicule et entremêlé avec lui on trouve de l'épiploon et assez souvent la queue du pancréas comme dans un cas d'ABELL, un cas de SALIS, un cas de PETRIDIS.

Dans certains cas, on note une anomalie du pédicule.

PETRIDIS a vu un pédicule tordu auquel adhéraient trois petites rates surnuméraires.

MAC DONALD a vu une petite rate accessoire appendue au pédicule de l'organe principal.

Dans une observation de GEDANOVITCH à la « Westnik Khir » on voit le pédicule tordu 3 fois sur lui-même et présentant 3 nœuds coulants formés avec des entrelacements avec l'épiploon.

Le nombre de tours que fait la rate est très variable, en moyenne, il est de un ou deux.

Dans notre observation, il était impossible de s'en rendre compte, la malade ayant été opérée très tardivement.

ABELL, HARTMANN, MAC DONALD, BROSMANN notent 2 tours.

PETRIDIS note un cas avec $1/4$ de tour ; par contre, GEDANOVITCH a vu 3 tours ; BIONDO a vu 4 tours ; OULIE, 5 tours ; TRINKLED, 5 tours.

Peu d'auteurs notent le sens de torsion du pédicule, mais ceux qui ont pris ce soin trouvent en majorité que cette torsion du pédicule se fait dans le sens des aiguilles d'une montre PETRIDIS, HARTMANN, OULIE, Bernard DESPLATS.

Le pédicule œdématié entre en rapport avec des anses grêles du colon transverse et souvent il se crée des adhérences qui le fixent à ces organes et rendent la détorsion spontanée impossible ; c'est le cas de OULIE de Constantine, WELTI, SALVIN, MAC DONALD.

La torsion du pédicule amène parfois le déplacement de certains organes, comme dans le cas de GEDANOVITCH, où l'estomac a effectué une torsion de 180° , amenant sa face postérieure à la partie antérieure.

La rate elle aussi subit de profondes modifications. Ce qui frappe surtout la plupart des auteurs, c'est son hypertrophie et son aspect de tissu compact, ramolli, violacé, avec par endroits des placards noirâtres (GEDANOVITCH).

Le poids de l'organe est souvent très augmenté.

Dans certains cas, cette hypertrophie peut être mise en partie sur le compte de lésions antérieures : paludisme, maladie de Banti, kystes, etc... mais dans de nombreuses observations, l'examen histologique le plus

approfondi n'a pu mettre en évidence aucune lésion pouvant amener cette hypertrophie.

Bernard DESPLATS a trouvé une rate de 225 grammes, mais il s'en était écoulé 200 grammes de sang. ABELL a trouvé 370 grammes, nous-mêmes 400 grammes, WELTI 520 ; mais on trouve des poids beaucoup plus élevés : 820 à TRINKLER, 900 à SALVIN, 1290 à MAC DONALD, 2190 à HARTMANN ; mais ces auteurs ont vraisemblablement pesé l'organe avec tout le sang qu'il contenait.

Il semble que si cette hypertrophie, n'existait pas avant la torsion, elle est surtout une distension provoquée par l'accumulation du sang que la circulation de retour, obstruée au pédicule, oblige à rester dans l'organe.

D'ailleurs, la plupart des auteurs signalent qu'à la section du pédicule, ils ont vu la rate s'affaïsser au fur et à mesure que le sang s'écoulait.

La rate dont le pédicule est tordu ne se trouve jamais dans sa position habituelle, et c'est la constatation de cette tumeur assez ferme à des points très différents de l'abdomen qui a fait faire beaucoup d'erreurs de diagnostic à la plupart des auteurs.

On trouve la rate dans le flanc gauche ou la fosse iliaque gauche : VINCENT, LINDEN, SALVIN, WELTI, TRINKLER, etc...

On la trouve parfois en situation médiane, au-dessus du pubis : HARTMANN. Fréquemment, on la trouve

dans l'hypochondre droit : MAC DONALD, BIONDO, ABELL dans ses deux observations, OULIE, PETRIDIS, assez souvent, la rate à une situation abdomino-pelvienne, elle est plus ou moins encastrée dans le petit bassin : Bernard DESPLATS, WELTI, MAC DONALD.

D'autres fois, on a affaire à des rates accessoires dont la place habituelle est en dehors du flanc gauche ; c'est le cas de GEIGER.

OCKINCZYC trouve une rate surnuméraire libre dans le flanc gauche, l'organe principal étant à sa place habituelle.

La rate dont le pédicule est tordu subit des phénomènes de congestion très intenses et adhère très souvent aux organes avec lesquels elle est entrée en contact.

Les adhérences que l'on trouve à l'intervention sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins serrées suivant que l'on a temporisé plus ou moins avant d'opérer.

PETRIDIS trouve la rate libre de toute adhérence. TRINKLER ne remarque que des adhérences très lâches; mais le plus souvent on constate des adhérences avec les anses grèles : SALVIN, ABELL, Bernard DESPLATS, GEIGER ; avec l'épiploon : HARTMANN, MAC DONALD ; avec le colon transverse et le colon gauche : CASTANO et BREA ; avec le pédicule tubo-ovarien : Bernard DESPLATS.

Au point de vue histologique, on constate aussi des lésions importantes tant sur le pédicule que sur la rate.

ABELL, Bernard DESPLATS, GEDANOVITCH, signalent qu'il n'y avait aucune thrombose des vaisseaux du pédicule.

Ces deux derniers auteurs signalent qu'après la détorsion, la rate diminue très sensiblement de volume.

WELTI signale la thrombose des veines ; ce fait s'expliquerait par la position centrale de l'artère et par la fermeté de ses parois plus grande que celle des veines.

HARTMANN, MAC DONALD, ABELL, et nous-mêmes avons noté une thrombose complète de tous les vaisseaux du pédicule ; HARTMANN note aussi de l'endartérite, mais on ne peut affirmer que cela soit produit par la torsion car il s'agit d'un sujet paludéen.

La rate présente des aspects très nombreux, depuis la simple hyperhémie et la congestion par stase jusqu'à la nécrose et la disparition complète du tissu splénique.

LINDEN trouve une simple hyperhémie veineuse.

WELTI voit toute la pulpe splénique infiltrée de sang.

Bernard DESPLATS rencontre des ilots hémorragiques ; de même GEIGER, MAC DONALD et GEDANOVITCH, qui trouvent de volumineux infarctus.

HARTMANN note la disparition des corpuscules de Malpighi.

MAURO a retiré une rate nécrosée, et nous-mêmes,

à l'ouverture de la capsule splénique, n'avons trouvé qu'un volumineux caillot de sang, toute trace de tissu splénique était à peu près disparue. Dans notre observation, l'intervention avait été assez tardive et la rate avait pu se nécroser à l'intérieur de la capsule.

La présence de cette rate congestionnée, hémorragique et parfois nécrosée dans l'abdomen a un retentissement sur les organes du voisinage.

Nous avons déjà vu que, dans la grande majorité des cas, il se produisait des adhérences entre la rate et les organes abdominaux.

Il se produit toujours une réaction péritonéale amenant soit la congestion des organes abdominaux, soit l'exsudation de liquide citrin ou séreux, ou parfois la formation de fausses membranes.

WELTI, Bernard DESPLATS et nous-mêmes avons trouvé les anses grêles rouges et très congestionnées.

GEIGER, Bernard DESPLATS voient s'écouler un peu de liquide.

GEDANOVITCH trouve 800 grammes de liquide séreux.

RUMMEL, à l'incision du péritoine, voit s'écouler d'abord du liquide sanguinolent puis du sang.

HARTMANN voit 200 à 300 grammes de liquide citrin mêlé de flocons fibrineux.

MAC DONALD, voit s'écouler du liquide inodore, mais la rate est recouverte de fausses membranes blanchâtres. On voit donc qu'il se produit suivant les cas une péritonite adhésive ou une péritonite exsudative tendant à fixer la rate dans la nouvelle position qu'elle a prise.

Par sa présence même, la rate est capable d'occasionner certains troubles, et surtout de l'occlusion intestinale ; la simple pression de la rate hypertrophiée sur une partie de l'intestin suffit en effet pour amener l'arrêt complet de matières et de gaz.

Dans l'observation de SALVIN, un lavement baryté avait été pratiqué et on avait porté le diagnostic de cancer du colon sigmoïde. En effet, à cet endroit, c'est la rate qui occasionnait ce rétrécissement, dans ce cas, il n'y avait pas d'occlusion franche, mais seulement un peu de sub-occlusion.

Dans les cas rapportés par OULIE, TRIEKLER, GEDANOVITCH et les deux cas cités par MAURO, il y avait occlusion intestinale nette et certains malades ont été opérés avec le diagnostic d'occlusion intestinale d'origine indéterminée.

La rate étant un organe hématopoïétique, certains auteurs et nous-mêmes, avons fait pratiquer des examens de sang et établi des formules leucocytaires.

LINDEN, Bernard DESPLATS, RUMMEL, SALVIN, trouvent une formule sanguine normale.

PETRIDIS trouve une leucocytose légère avec polynucléose et une augmentation du nombre des hématies.

WELTI, 24 heures après l'intervention, trouve 96 % de polynucléaires, 2 % de grands mononucléaires, 2 % de lymphocytes, 4.600.000 globules rouges.

Trois jours après l'intervention, 86 % de polynucléaires, 8 % de grands mononucléaires, 6 % de lymphocytes, 4.700.000 hématies.

Bernard DESPLATS et nous-mêmes, avons fait faire un examen de sang un mois après l'intervention, nous avons trouvé les formules normales.

SYMPTOMATOLOGIE

La rate peut s'ectopier et se tordre simultanément.

Assez souvent pourtant la rate était ectopiée avant que ne se produise la torsion du pédicule.

C'est dans ces cas, que le diagnostic peut être porté avec probabilité.

On note parfois la présence d'une tumeur voyageuse dans l'abdomen que l'on reconnaît être la rate, grâce aux incisures du bord interne. Seul, ALEXANDER ayant présent à la mémoire un cas semblable, fit le diagnostic exact.

La présence d'une tumeur abdominale, dure, arrondie, a souvent fait penser à un kyste de l'ovaire ou à une tumeur abdominale.

Assez souvent, on note dans les antécédents des crises de torsion antérieures, ce sont les cas de MAC DO-

NALD, GALLO-GALLO et MARANO, SALVIN, BIONDO, etc...

La torsion du pédicule de la rate se manifeste souvent assez brutalement, comme toutes les torsions des organes ou des tumeurs pédiculées : kyste de l'ovaire, fibrome...

Les symptômes fonctionnels sont ceux de toute réaction péritonéale ; souvent le sujet est pris d'une brusque douleur, syncopale, siégeant dans le flanc gauche ou sur la ligne médiane autour de l'ombilic. Le sujet est souvent très shocké, il a un faciès pâle, crispé par la douleur, le pouls est petit, filant souvent à cause de l'hémorragie intra-capsulaire, la température n'est jamais élevée tout au moins au début des accidents. Souvent le malade vomit pendant quelque temps, il y a de la constipation, et dans de nombreux cas, arrêt des matières et des gaz, comme dans les cas de OULIE, GEDANOVITCH, MAURO, etc...

Parfois, les signes d'intolérance gastrique sont au premier rang, comme dans le cas de GEDANOVITCH, où la torsion de la rate avait amené un volvulus de l'estomac.

Dans le cas de MAC DONALD et W. A. MACKAY, la malade avait de la pollakiurie très accusée, qui fit porter, avec d'autres signes, le diagnostic de rein mobile.

Les douleurs qui sont au début très vives, s'atténuent peu à peu, il y a un endolorissement de tout l'ab-

domen ; puis les phénomènes douloureux se localisent à la tumeur. Ces douleurs pourtant se réveillent au bout de quelques jours s'il y a inflammation péritonéale ou occlusion intestinale secondaire.

Les signes locaux sont ceux de toute réaction péritonéale, il y a sensibilité et contracture de la paroi abdominale ; cette contracture, d'abord généralisée, tend à se localiser à la tumeur. Le ventre est ballonné, météorisé, il est sonore partout à la percussion, sauf à l'endroit où se trouve la tumeur qui demeure mat.

Le toucher vaginal donne peu de renseignements ; souvent l'utérus est abaissé et dévié latéralement ; dans le cas de WELTI, il y a antéversion, le col est très en arrière ; souvent on note une sensibilité particulière du cul de sac de Douglas, et dans certains cas, du bout des doigts, on sent une masse arrondie, dure, douloureuse, soit en arrière, soit sur les côtés, suivant la position de la tumeur.

Quand les accidents de torsion se sont produits, on sent très rarement la tumeur, on est gêné pour cela par la contracture, le météorisme, la douleur.

Dans le cas de SOUTHAM, la tumeur qui était imperceptible, fut localisée très exactement au cours de l'anesthésie qui supprima la contracture et la douleur. Cette tumeur, comme nous l'avons déjà vu, peut se rencontrer un peu partout, et ceci explique la diversité des diagnostics qui sont portés.

Quand on arrive à sentir cette tumeur, on remar-

que qu'elle est douloureuse, dure, libre et mobile dans la plupart des cas au début des accidents, elle ne tarde pas à être fixée par des adhérences créées par la périsplénite.

Cette tumeur n'offre aucune particularité qui puisse permettre d'identifier la rate, seule la sensation du bord antérieur tranchant et coupé d'incisures peut faire reconnaître l'organe.

L'évolution de la torsion de la rate peut se faire de diverses façons ;

- 1° La résolution serait assez fréquente, on l'a vu déjà, certains malades ont eu plusieurs crises de torsion qui se sont terminées spontanément.
- 2° La nécrobiose de la rate et son enkystement paraissent les éventualités le plus souvent rencontrées, c'est notamment ce que nous avons trouvé.
- 3° L'occlusion intestinale primitive ou secondaire paraît une des complications les plus fréquentes ; dans beaucoup de cas, elle est au premier plan et commande le pronostic.

Les complications que l'on peut encore rencontrer sont la péritonite et l'hémorragie intra-péritonéale par rupture de la capsule.

Le diagnostic positif, on le conçoit est extrêmement difficile. La présence d'une rate ectopique antérieure à la torsion, les crises antérieures de torsion et de détorsion peuvent orienter le clinicien vers le diagnostic..

La radiographie simple a été utilisée plusieurs fois sans donner de résultats intéressants, tout au plus voit on une masse sombre occupant une partie de l'abdomen surtout à gauche.

Le pneumo-péritoine n'a jamais été signalé comme moyen d'investigation ; à notre avis, il pourrait éclairer un peu le diagnostic en faisant mieux ressortir la tumeur.

L'insufflation d'air du colon pourrait aussi permettre de localiser la tumeur ; de même l'aortographie pourrait être utilisée, mais ce sont là des procédés de recherche qui ne sont pas sans danger.

L'aortographie ne pourrait renseigner que dans les cas où la circulation artérielle n'est pas arrêtée au pédicule.

Il semble que ces moyens ne seront jamais employés, car la réaction péritonéale commande souvent l'intervention sans trop de délai.

Cemme nous l'avons vu, seul ALEXANDER fit le diagnostic de torsion de la rate.

Dans notre cas, l'un de nous avait soulevé l'hypothèse d'une torsion de la rate, mais cela ne retint l'attention de personne, et la malade fut opérée sans diagnostic bien précis.

Les erreurs de diagnostic sont surtout :

APPENDICITE : ABELL, 2 cas, SOUTHAM, GEI-

GER, GALLO-GALLO, MARANO, LINDEN et BIONDO.

OCCLUSION INTESTINALE : MAURO, TRINKLER, GEDANOVITCH.

MAC DONALD et W. A. MACKAY avaient porté le diagnostic de ptose rénale.

BROSSMANN hésitait entre le kyste de l'ovaire tordu et le rein ectopié.

WELTI penchait pour la pelvipéritonite.

SALVIN affirmait le néoplasme du sigmoïde. Cette erreur est d'ailleurs très compréhensible si on pense que sa malade avait 73 ans, des crises de sub-occlusion, et que le cliché radiographique montrait un colon sigmoïde filiforme sur une longueur de 8 à 10 centimètres. Tout cela était dû à la compression du sigmoïde par la rate ectopiée et tordue.

Le diagnostic le plus souvent porté est celui du kyste de l'ovaire tordu : PETRIDIS, CASTANO et BREA, RUMMEL, BROSMANN, OULIE, SALIS, Bernard DESPLATS, etc...

TRAITEMENT

Le traitement ne saurait être que chirurgical.

Préventivement, si l'ectopie de la rate est reconnue, on pourrait conseiller la splénopexie ou le port d'une ceinture spéciale.

Quand la torsion est effectuée, on arrive rarement assez tôt pour pouvoir faire la détorsion et la splénopexie. La détorsion paraît d'ailleurs dangereuse car elle peut mettre des caillots en circulation qui iront former des embolies ailleurs.

ABELL cite 5 cas où la détorsion simple fut faite, il y eut 4 guérisons et 1 mort. Dans 3 cas la splénopexie fut pratiquée, mais cette opération ne paraît pas très utilisée par les chirurgiens français ; s'il y a le moindre caillot, elle expose la malade à des embolies graves et de plus, comme on a souvent affaire à des rates malades, on a tout intérêt à les enlever.

La splénectomie est donc l'intervention de choix. Elle est en général facile.

Le pédicule étant étiré, est très facile à ligaturer ; il semble y avoir intérêt à lier le pédicule le plus haut possible de façon à ne laisser aucun thrombus dans les vaisseaux.

ABELL, dans les suites, a vu une phlébite droite.

SALIS a vu la mort survenir à la suite d'une embolie pulmonaire.

La voie d'accès sera évidemment variable avec le siège de la tumeur ; souvent incision médiane sous ombilicale.

La mortalité, variable suivant les statistiques, serait de 18 à 25 %.

25 pour GOSSET ; 12 à 15 pour LECENE ; 17,6 pour ABELL.

Les suites opératoires sont simples, et comme nous l'avons vu, la formule sanguine, quelques jours après l'intervention est normale.

OBSERVATIONS

JOURNAL DES SCIENCES MEDICALES DE LILLE
(12 Janvier 1936)

VINCENT

*Torsion pédiculaire de la rate chez une jeune fille
de 15 ans — Splénectomie — Guérison*

PL. Julie, 15 ans et demi, est envoyée d'urgence à l'hôpital de la Charité de Lille, le mercredi 7 août, vers 8 heures du soir, d'une ville des environs de Lille ; le dimanche précédent, elle avait été cueillir de l'herbe dans les champs et, rentrant chez elle, elle avait été prise de douleurs brusques dans le ventre ; jamais elle n'avait eu mal auparavant ; au début de la crise, les douleurs siégeaient dans la région épigastrique, elle vomit plusieurs fois dans la soirée de dimanche ; elle alla à la selle dimanche soir ; dans la nuit, les douleurs augmentèrent ; dans les journées de lundi, mardi et mercredi, les vo-

misements furent peu nombreux, la constipation absolue, mais avec émission de gaz. La douleur s'était localisée dans le flanc gauche.

A l'examen, on constate un ventre un peu ballonné, souple, et, dans la région du flanc droit, on sent une masse diffuse, semblant faire corps avec la paroi abdominale, occupant la région du flanc gauche et de la fosse iliaque ; la fosse lombaire est libre, mais on repousse facilement la masse vers la main lombaire ; la malade a 38° 2, le pouls est à 80, les urines sont claires et ne montrent rien d'anormal à l'examen microscopique.

On hésite entre plusieurs diagnostics : appendicite à gauche à forme plastique, tuberculose péritonéale, torsion d'un kyste de l'ovaire haut placé, périnéphrite antérieure ; une pyélographie intra-veineuse au Ténébryl est pratiquée, qui montre l'intégrité des reins et la séparation de la masse.

Celle-ci, d'ailleurs, change peu à peu de caractère, elle est moins douloureuse et se mobilise plus facilement ; au bout d'une quinzaine de jours, la température étant tombée, on sentait, dans le flanc gauche, une tumeur du volume d'un gros poing, un peu irrégulière de forme, qui se détache nettement de l'hypochondre gauche.

On se décide à intervenir le vendredi 23 août ; l'anesthésie se fit au mélange de Schleich, par une incision latérale gauche ; à l'ouverture du péritoine, on trouve une tumeur de couleur rougeâtre adhérent à la paroi et enveloppée du grand épiploon ; en dégageant

cette tumeur, on trouve deux anses grêles et le côlon transverse adhérents à la tumeur, on dégage l'intestin et l'on extériorise une tumeur ovoïde retenue sur son bord interne par un pédicule du volume du pouce, portant, à 5 cm. de la tumeur, un sillon de striction. Il est impossible de discerner un sens de torsion ; on sectionne le pédicule et on lie par double ligature ; le pédicule se continue derrière le côlon transverse et l'estomac ; on n'arrive pas à sentir la rate à sa place normale.

On ferme la paroi en trois plans, sans drainage.

La pièce enlevée à la forme d'une grosse rate avec une crête et des incisures ; cette rate est d'ailleurs réduite à une mince coque, elle est remplie de sang et pèse environ 400 grammes.

Les suites opératoires furent des plus simples, la malade quitta le service au quinzième jour.

Voici le résultat de l'examen du sang au 30^e jour (D^r DEFAUX) :

Hématies : 534.000. — Leucocytes : 11.200. — Hématoplastes : 180.000.

Formule leucocytaire :

	1 ^{er} examen	2 ^e examen
Poly neutro	67 %	71 %
Poly éosino	7 %	2 %
Poly baso	1 %	1 %
Lymphocytes	23 %	25 %
Mononucléaires	2 %	1 %

L'examen histologique (D^r DELATTRE) montre la disparition de la structure normale du parenchyme splénique, et la thrombose des artères et veines du pédicule.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS (Juillet 1927)

WELTI

Un cas de torsion de la rate

Madame B..., 35 ans, est admise, le 25 mars 1927, dans le service du Professeur HARTMANN pour de violentes douleurs abdominales.

En décembre 1921, au troisième mois d'une grossesse, la malade consulte un médecin pour crises douloureuses abdominales, dont le maximum siège à gauche.

Elle est admise à l'hôpital Beaujon avec le diagnostic de grossesse extra-utérine ; mais quelques jours plus tard, après toucher vaginal, l'accoucheur déclare ne plus constater la tumeur observée précédemment.

Une laparotomie exploratrice est proposée, refusée.

Un chirurgien parle de fibrome.

Un mois après, un nouveau médecin ne trouve rien d'anormal.

Elle accouche en mai d'un enfant de 2 kgs 250, malingre, qui se développe rapidement.

Août 1922 : De violentes douleurs abdominales surviennent brusquement. Elles siègent un peu à gauche et au-dessus de l'ombilic, elles irradient sous le rebord costal, bientôt, elles sont maxima dans la région lombaire gauche.

La malade a des nausées et reste au lit toute la journée ; le lendemain les douleurs se calment progressivement.

De 1922 à 1926, on note des crises douloureuses semblables, à peu près tous les trois mois. Elles durent 48 heures. Pendant ce temps, il y a intolérance gastrique absolue, la malade reste alitée.

On croit à des coliques néphrétiques, mais les urines ont toujours été claires et le traitement n'a produit aucun soulagement.

En 1926, quelques douleurs, pas de véritables crises. La malade se croit guérie.

Le 21 mars 1927, dans la matinée, brusquement, douleur abdominale extrêmement vive. Douleur d'abord localisée à gauche, puis qui se généralise rapidement, elle reste maxima à son point de début, la région lombaire aussi est sensible.

Au cours de l'après-midi, les douleurs s'atténuent puis reprennent très intenses avec vomissements verdâtres.

Les jours suivants les douleurs persistent et s'accroissent par moment.

Antécédents personnels : A 22 ans, bronchite suspecte. Trois mois à la campagne, la malade paraît guérie ; depuis elle tousse tous les hivers. Ses règles sont normales. Pertes blanches peu abondantes. Elle n'a quitté la France que pendant 15 jours pour aller en Algérie.

Examen le 25 mars, à 10 heures : Femme maigre. Poul à 100. Température à 38° 5, elle n'a pas eu de température les jours précédents. Elle souffre et se sent fatiguée. Abdomen asymétrique, voussure de la fosse iliaque gauche. La partie sous-ombilicale de l'abdomen reste immobile dans les mouvements respiratoires. Légère contracture abdominale basse, surtout du côté gauche.

Toucher vaginal : Col petit, regardant en bas et en arrière. Au-dessus de lui, corps rétrofléchi dont on peut percevoir le fond au-dessus de la symphyse. Cul-de-sac vaginal gauche douloureux, et l'on sent au bout du doigt une masse qui semble répondre aux annexes. Le cul-de-sac droit est libre. Dans son ensemble, l'utérus est mobile, mais sa mobilité est légèrement douloureuse.

Le diagnostic de pelvi-péritoine semble probable.

Le 26 mars, dans la matinée : Mauvaise nuit. La

malade vomit un liquide jaune verdâtre. Elle n'a pas uriné et doit être sondée. Pouls à 106. Température à 38°. Abdomen météorisé. Voussure de la fosse iliaque gauche. Au-dessus et à droite de celle-ci, une seconde voussure est manifeste dans la région ombilicale.

A certains moments ces voussures s'exagèrent et la dépression qui les sépare est plus marquée, comme s'il s'agissait d'anses intestinales.

La voussure de la fosse iliaque gauche répond à une masse assez ferme qui, en haut, s'étend jusqu'à la limite inférieure de la voussure sus-jacente. En dehors, elle reste à distance de l'arcade crurale. En bas, elle semble se prolonger dans le bassin, mais la contracture gêne l'examen.

Au toucher, le col se trouve dans l'axe du vagin. Dans le cul-de-sac postérieur on sent le corps utérin, mais dans le cul-de-sac gauche, sensible, l'on ne perçoit plus le pôle inférieur de la tuméfaction iliaque.

Toucher rectal : Au-dessus de l'utérus, sur la paroi antérieure du rectum, le doigt réveille une vive douleur.

On pense à une torsion de kyste de l'ovaire.

Intervention le 26 mars : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Anses grêles distendues et congestionnées sont refoulées.

La rate apparaît dans la fosse iliaque gauche, volumineuse. Sa coloration est normale, sa surface lisse, son pôle inférieur s'étend dans le cul-de-sac de Douglass.

Une anse grêle répond à la voussure constatée dans la région ombilicale.

Le pédicule est tordu, la torsion est fixée par des adhérences.

Rate volumineuse, d'un poids de 520 grammes, aucune lésion extérieure. Pédicule œdématié. Veines thrombosées.

Histologie : Toute la pulpe est infiltrée de sang, mais on ne relève pas de lésion histologique antérieure.

Les suites opératoires sont normales.

Examens de sang : 24 heures après l'intervention : Polynucléaires : 90 % ; gros mononucléaires : 2 % ; lymphocytes : 2 % ; hématies : 4.600.000.

Trois jours après : Polynucléaires : 86 % ; mononucléaires : 8 % ; lymphocytes : 6 % ; hématies : 4.700.000.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(20 Juillet 1935)

Bernard DESPLATS

Madame R..., 23 ans, habituellement en bonne santé.

De retour de couches le 27 février, après un accouchement normal, elle attendait ses règles le 27 mars.

Dans la nuit du 16 au 17 mars, elle ressent une douleur abdominale avec colique aiguë. Le 17, au matin, elle perd une goutte de sang. Elle se sent très bien et, le soir, fait une promenade en auto. Au retour, nouvelles coliques et pertes de sang.

Le 18, nouvelles douleurs. Température à 37° 8.

A partir du 18, l'écoulement de sang devient constant. La température est à 38°.

Le 19, coliques et pertes. L'état général est bon. La malade ne vomit pas.

Le diagnostic porté est celui de salpingite bilatérale.

On voit la malade le 23, le 22 on avait fait le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu. Température 39° 8. Bon pouls. Faciès coloré. Pas de vomissements, mais arrêt des gaz. Fréquentes envies d'uriner. Sensation de pesanteur dans le petit bassin.

Toucher vaginal : Il montre un utérus rétroversé. Le cul-de-sac de Douglas est douloureux. Sur l'utérus on sent une masse arrondie dont la partie antérieure gauche forme une avancée rétropubienne presque médiane.

La partie postérieure se confond avec la paroi postérieure. C'est une masse tendue, rénitente, douloureuse.

Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu.

La position horizontale de l'utérus et la masse appuyant sur lui, font réserver la possibilité d'une hématoécèle.

Intervention d'urgence : On trouve les anses rouges. Du liquide dans le ventre. Une masse violacée.

La masse est extériorisée. C'est une grosse rate violacée, avec des dépôts fibrineux. Le pédicule est gros et infiltré. Il y a une torsion de trois tours dans le sens des aiguilles d'une montre.

La rate adhère à une anse grêle et au pédicule tubo-ovarien.

L'utérus est enflammé ainsi que ses annexes, il est repoussé en arrière et recouvre le cul-de-sac de Douglas qui est rouge et contient du pus.

Rate de 225 grammes. Sang : 200 grammes.

A la coupe on note des îlots hémorragiques.

« THE LANCET », N° 4.491 (Septembre 1909)

J. MAC DONALD et W.A. MACKAY

Femme de 23 ans, multipare, anémique, paludéenne, qui se plaignait de coliques, de nausées, de fréquence considérable de la miction.

Le début des accidents remonte à 7 mois.

Un mois après son dernier accouchement, la malade eut une crise intense avec vomissements bilieux, oligurie, etc.

Depuis, les crises sont revenues, moins intenses, mais toujours avec de la pollakiurie.

L'examen de l'abdomen révèle une tumeur à droite et un peu au-dessus de l'ombilic, facilement mobile en haut, en bas et à gauche jusqu'au delà de la ligne médiane. Elle est peu sensible, bien limitée, à peu près arrondie.

Le diagnostic porté fut celui de rein mobile.

Le 8 juin, la malade est prise d'une crise violente, qui dure jusqu'au 12, puis après un repos de 2 jours, le 13 au soir, la crise revient plus violente que jamais.

On constate que la tumeur s'est immobilisée dans la fosse iliaque droite, qu'elle a augmenté énormément de volume et qu'elle est fort sensible à la pression.

Le 17, la malade présente le faciès péritonéal, le pouls a 140, pas de fièvre.

On pense à la torsion du pédicule rénal, et on propose l'intervention.

Incision au niveau de la partie saillante de la tumeur. Il s'écoule du péritoine une certaine quantité de liquide inodore et on aperçoit une tumeur solide, recouverte de fausses membranes blanchâtres.

L'extrémité supérieure est largement adhérente à l'épiploon, le pôle inférieur est fixé dans le petit bassin à côté de l'utérus.

Ces deux pôles sont libérés et il est alors possible d'amener à l'extérieur une rate avec deux tours de spire au niveau de son pédicule. A ce pédicule adhérent le grand épiploon et une petite rate accessoire.

Ligature du pédicule. Ablation de la rate. Suture.

Guérison troublée par une pneumonie double.

Rate de 24 cm $\times$ 14. Elle pesait 1290 grammes. Deux volumineux infarctus et tous les vaisseaux du hile étaient remplis de caillots.

ZENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE (Juillet 1931)

GEIGER

Garçon de 18 ans qui ressent brusquement de violentes douleurs dans le bas ventre accompagnées de vomissements et de constipation.

Il entre à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite.

Le pouls est à 120, la température à 38°, il y a des douleurs et de la contracture dans la fosse iliaque droite.

Intervention : A l'ouverture du péritoine il s'écoule un peu de liquide trouble. L'appendice est coudé, fixé par des adhérences anciennes, il ne porte aucune trace d'inflammation récente. On l'enlève.

On poursuit l'exploration et, rattaché à une anse jéjunale par un pédicule grêle, on trouve un organe fusiforme, rouge brun, revêtu de séreuse. Une incisure sur l'un des bords permet d'identifier une rate accessoire.

L'examen histologique répond : rate accessoire tordue sur son pédicule, présentant des infarctus hémorragiques et une prolifération conjonctive.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE BUENOS-AIRES (Septembre 1932)

GALLO-GALLO et MARANO

Il s'agit d'une jeune femme de 21 ans.

10 jours après l'accouchement elle ressent de violentes douleurs abdominales, sans vomissements ni arrêt des matières et des gaz.

La température est peu élevée.

Sous la défense de l'hypochondre gauche on arrive à sentir une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme.

Cette tumeur est fixe, douloureuse, irrégulière, mate à la percussion.

Les phénomènes se calment. La malade reste 5 mois sans souffrir mais elle maigrit de 10 kilogrammes.

Puis les douleurs réapparaissent et une radiographie montre une déviation à droite du colon gauche.

Intervention : Splénectomie.

Il s'agit d'une rate ectopique tordue d'un demi tour sur son pédicule vasculaire. Sur sa face externe on note la présence d'un kyste à contenu lipéidique.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE
ET DE GYNÉCOLOGIE DE BUENOS-AIRES (Mai 1933)

CASTANO et BREA

Torsion du pédicule de la rate simulant un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Il s'agit d'une femme qui, depuis 2 ans, ressent des troubles douloureux plus ou moins aigus dans l'abdomen.

A la palpation on sent une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, occupant la partie inférieure de la fosse iliaque gauche et le flanc gauche.

A l'intervention on trouve une rate avec des phénomènes de torsion et des adhérences au colon transverse et à l'angle gauche du colon.

Guérison sans incidents après splénectomie.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAV (Juin 1934)

LINDEN

Il s'agit d'un homme de 28 ans admis à l'hôpital pour appendicite gangréneuse ;

On découvre à cette occasion une tumeur dans la partie gauche de l'abdomen que le malade n'avait jamais remarquée auparavant.

On enlève cette tumeur, c'est une rate cyanosée pesant 400 grammes appendue à un long pédicule tordu de 360 degrés de gauche à droite.

L'examen histologique montre : hypertrophie et hyperhémie veineuse chronique de la rate.

L'examen de sang donne une image hématologique normale.

L'auteur fait remarquer la rareté de la torsion splénique chez l'homme.

ANNALS OF SURGERY (Août 1930)

SALVIN

Femme de 73 ans qui, depuis plusieurs années, se plaint de crises douloureuses dans le bas ventre.

Depuis 2 mois, elle a perçu la présence d'une tumeur dans cette région.

La palpation fait sentir dans la région du colon sigmoïde une masse peu mobile, un peu douloureuse.

L'examen radioscopique, après lavement baryté, montre un arrêt à la partie moyenne du sigmoïde, puis un passage à travers un étroit défilé sur une longueur de 10 centimètres.

On croit à une tumeur néoplasique du colon sigmoïde.

A l'intervention on trouve une rate volumineuse, ectopiée, tordue sur son pédicule. Cette rate adhère à l'iléon et comprime les colons descendant et sigmoïde.

Guérison sans incident après splénectomie.

La rate pesait 900 grammes.

L'examen anatomo-pathologique fit pencher le diagnostic pour une maladie de Banti.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE (8 Nov. 1933)

PETRIDIS

Jeune fille de 20 ans. Tumeur hypogastrique à point de départ très vraisemblablement génital.

La malade était soignée pour gastralgie d'origine obscure.

Antécédents héréditaires : néant.

Antécédents personnels : Malaria contractée dans l'adolescence. La maladie actuelle remonte à un an. Elle a débuté par des douleurs épigastriques peu après les repas. Ces douleurs irradient jusqu'à la partie latérale gauche du thorax ; jamais de température.

Il y a dix jours les douleurs ont été d'une plus forte intensité et d'une durée plus longue. Après l'admission à l'hôpital ces douleurs cessent.

Aucune douleur à la palpation, mais on note une tumeur nettement délimitable, assez volumineuse, siégeant dans la fosse iliaque droite tumeur de consistance vaguement rénitente, peu mobile et peu douloureuse.

On croit à un kyste de l'ovaire, mais le toucher vaginal est impossible.

Examen d'urine, de sang, radiographie, ne montrent rien de bien spécial.

On note que la tumeur change de forme et de place.

On la sent maintenant dans la région hypogastrique, elle est plus mobile et indolore, donnant l'impression d'un kyste de l'ovaire à long pédicule.

Puis de nouveau la tumeur est perceptible dans la fosse iliaque droite.

Intervention : Rate ectopiée et augmentée de volume. Elle paraît quatre fois plus grosse que la normale. On ne trouve pas d'adhérences. Le pédicule est tordu d'un quart de tour sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre. Au hile, on note la présence de 3 rates surnuméraires.

La rate pèse 400 grammes.

L'examen du sang montrait une leucocytose avec polynucléose, ainsi qu'une augmentation du nombre des hématies.

LYON CHIRURGICAL (Novembre 1918)

PETRIDIS

I. — Homme qui ressent 8 jours auparavant de violentes douleurs dans la région ombilicale avec arrêt des matières et des gaz pendant 4 jours.

A l'examen : grosse tumeur du flanc droit allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic et au pubis.

On pense à une tumeur inflammatoire ou à un abcès froid de la fosse iliaque droite.

Après examen sous-anesthésie on pense plutôt à un kyste intra-péritonéal.

A l'intervention on voit une rate ectopiée et tordue, d'un poids de 1.000 grammes.

Splénectomie. Guérison.

II. — Femme depuis longtemps atteinte de paludisme.

Un médecin avait constaté une grosse rate anormalement située dans l'abdomen.

Un an auparavant, au moment d'un accès, la rate semble être descendue en bas, en avant et un peu à droite.

A l'entrée à l'hôpital, on note que la région splénique est sonore dans toute son étendue.

A la palpation on sent une tumeur dure occupant l'hypogastre et le flanc droit.

Laparatomie. Le pédicule présente une double torsion sur lui-même et de plus, il renferme la queue du pancréas qui a été entraînée avec la rate dans sa descente.

IL POLICLINICO (Avril 1934)

BIONDO

Homme de 30 ans. Depuis 5 jours, nausées. Douleurs diffuses de l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque droite. Température élevée. Arrêt des matières et des gaz.

Diagnostic de péritonite diffuse d'origine appendiculaire, mais à l'opération, on voit une rate à pédicule tordu, descendue dans l'hypochondre droit et ayant fait quatre tours sur son pédicule.

Dans les antécédents, on note une torsion splénique dix ans auparavant.

ANNALS OF SURGERY (Octobre 1933)

ABELL

Rate ectopique avec torsion du pédicule

I. — Femme de 34 ans, enceinte, depuis trois mois et demi ; brusquement douleurs abdominales avec vomissements. On sent une tumeur volumineuse dans la moitié droite de l'abdomen.

Intervention : Rate deux fois et demi le volume normal, pédicule tordu de deux tours, queue du pancréas incluse dans la torsion.

On enlève la rate ; pas de thrombose. Guérison.

II. — Femme de 46 ans, depuis 15 ans, souffre de douleurs abdominales, vomissements. On sent une masse dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen.

Intervention : Rate de 370 grammes. adhérente à l'épiploon et à l'intestin grêle. Pédicule tordu de deux tours ; thrombose vasculaire. Guérison retardée par phlébite droite.

RIFORMA MEDICA (Juillet 1934)

MAURO

I. — Femme de 45 ans ; crises de paludisme aigü, puis elle sent une petite masse mobile, indolente qui grossit brusquement et donne lieu à des accidents d'occlusion intestinale. Avant l'intervention, on sent une masse

volumineuse semblant venir du bas ventre, en réalité, c'est une rate ptosée et tordue sur son pédicule.

Splénectomie. Guérison.

II. — Homme de 34 ans ; crises de paludisme avec grosse rate ; brusquement signes d'occlusion intestinale. La région splénique est tympanique à la percussion et paraît vide.

Intervention : on retrouve la rate en état de nécrose ayant refoulé très loin vers la droite le colon gauche

Splénectomie. Guérison.

Dans le premier cas, étranglement sur la partie haute du jéjunum, et dans le second cas, étranglement sur le colon gauche et le cœcum.

Causes prédisposantes : dans le premier cas, multiples grossesses ayant amené une ptose viscérale généralisée, et dans le second cas, étirement des ligaments de la rate par de violents efforts sportifs.

CHIROUGUITCHESKY ARCHIO VELIAMINOVA (1911)

TRINKLER

Malade entrée à l'hôpital pour occlusion intestinale aiguë. Six jours auparavant, travaillant dans son jardin, fut pris de vives douleurs dans l'abdomen : douleurs syncopales, d'abord localisées à l'hypochondre gauche mais ne tardant pas à envahir tout l'abdomen ; puis apparaissent tous les signes d'occlusion intestinale.

L'abdomen très météorisé est plus saillant à droite ; à gauche, la paroi est plus tendue, plus résistante et paraît plus empâtée. En insistant, on sent du côté gauche une tumeur occupant toute la moitié de l'abdomen et descendant jusqu'au bassin sans qu'on puisse la limiter de façon bien précise. Tumeur qui, à la percussion révèle une matité ; la moitié droite de l'abdomen est au contraire tympanique, relativement souple, contenant les anses intestinales dont on sent les contractions.

Intervention sans diagnostic précis : on reconnaît une grosse rate mobile, congestionnée, dont le pédicule est tordu 5 fois sur lui-même de gauche à droite ; le grand épiploon adhère lâchement à la face antérieure de la rate. Celle-ci pèse 820 grammes. Guérison sans incident.

L'occlusion était due à la compression de l'S. iliaque par la rate.

TRINKLER considère l'hypertrophie splénique comme la conséquence de la torsion. On ne relève aucune lésion histologique.

CORRESPONDENZBLATT FÜR SCHWEIZER AERZTE
(Décembre 1913)

SALIS

Femme de 28 ans, amenée avec un diagnostic imprécis : Iléus ? Kyste de l'ovaire tordu ?

La malade avait eu assez souvent des crises douloureuses de l'abdomen, ayant nécessité une thérapeutique par l'opium et les compresses chaudes. L'abdomen est très douloureux à la pression, surtout à gauche, depuis l'hypochondre jusqu'à la symphyse. Cette sensibilité dépasse la ligne médiane vers la droite.

T. V. dans le Douglas : Masse résistante qui semble un kyste de l'ovaire gauche tordu. Incision : un peu de liquide s'écoule. On reconnaît la rate très congestionnée. Splénectomie.

Le pédicule est tordu trois fois et demi sur lui-même et la queue du pancréas est incluse dans la torsion.

La guérison semblait survenir, mais une embolie pulmonaire emporta la malade.

La formule sanguine était très peu modifiée.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS (7 Janvier 1932)

OULIE de Constantine

*Rate ectopique dans la fosse iliaque droite
Torsion du pédicule avec occlusion intestinale*

Madame D....., 48 ans, depuis 48 heures, signes d'obstruction intestinale. Deux jours avant, douleurs violentes dans la région ombilicale et la fosse iliaque droite, vomissements réflexes répétés, arrêt des matières et des gaz, ballonnement abdominal progressif ; le médecin qui l'a vue a porté le diagnostic d'occlusion intestinale.

A l'examen, la malade paraît peu souffrir, elle est pâle, les yeux sont excavés, la langue sèche, elle vomit tout ce qu'elle prend, et il y a même des vomissements fécaloïdes. Pouls mou et rapide à 120, température à 37°6. La malade a uriné très peu depuis 24 heures. Abdomen très volumineux par obésité et météorisme. Douleur à la palpation à droite et au-dessous de l'ombilic. La douleur a débuté là 2 jours auparavant.

On perçoit une volumineuse tumeur sus-pubienne et iliaque droite. Le diagnostic paraît kyste de l'ovaire droit tordu et occlusion intestinale.

Intervention : Le péritoine s'ouvre sur une rate volumineuse, violacée, turgescente et libre.

Pédicule gros comme le pouce, tordu sur lui-même 5 fois et dans le sens des aiguilles d'une montre ; des anses grêles lui adhèrent. Les anses sus-jacentes sont dilatées.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE (Février 1933)
OCKINCZYC

Torsion d'une rate surnuméraire

La torsion du pédicule s'observerait dans 20 % des cas de rate mobile. Les observations de torsion de rate surnuméraire sont plus rares. Ch. ALEXANDER, un cas en 1929, il avait fait le diagnostic, ayant gardé le souvenir d'un cas semblable.

M....., 40 ans, entre dans mon service de l'hôpital Beaujon, pour être opéré d'une hernie inguinale droite assez volumineuse, réductible dans le decubitus, mais douloureuse dans la station debout et la marche.

A l'interrogatoire, nous apprenons que de temps en temps le malade ressent des douleurs abdominales assez vives. La constipation est habituelle.

Ily a deux mois environ, le malade à la suite d'une de ces crises abdominales a présenté du méléna dont il évalue la quantité à 500 cc. environ. Cet accident paraît avoir été unique et le malade semble avoir conservé un bon état général. Il n'y a pas de perte d'appétit ni d'amalgissement.

Examen : La hernie inguinale droite ne présente rien de particulier. Elle est réductible, l'anneau inguinal est élargi comme d'ailleurs celui du côté gauche.

Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal.

La palpation chez ce malade qui est assez gras et musclé ne nous permet pas de sentir de tumeur dans l'abdomen, ni de réveiller un point douloureux localisé.

Un examen radioscopique par lavement baryté montre que la bouillie opaque progresse sans arrêt et sans difficulté dans le bas fond coecal. Il existe une coudure marquée au niveau du colon transverse. Ce segment se remplit mal, mais le cadre colique est mobile, non douloureux, avec des incisures spasmodiques.

La radiographie montre une colon transverse abaissé. On voit à la partie inférieure du colon gauche une masse arrondie, plus opaque et qui paraît suspecte.

Opération le 10 juillet 1931 : Rachianesthésie et bal-

soforme. Cœliotomie médiane sus et sous ombilicale.

A l'exploration nous trouvons une tumeur arrondie, de coloration noirâtre avec des marbrures, presque entièrement libre dans le flanc gauche mais rattachée aux parties hautes de l'abdomen par un double pédicule bifurqué. L'une des branches, très allongée sur 10 à 12 cms, est tordue plusieurs fois sur elle-même et s'implante sur le pédicule splénique. L'autre branche forme un pédicule secondaire qui enjambe le colon transverse et se fixe à la partie supérieure du grand épiploon. Entre les deux branches de ce pédicule de la tumeur, se forme une anse dans laquelle l'intestin a pu s'engager et s'étrangler partiellement, ce qui peut dans une certaine mesure expliquer les crises douloureuses abdominales.

Ligature et section des deux pédicules, ablation de la tumeur qui paraît bien être une rate surnuméraire modifiée par la torsion du pédicule. Suture ; guérison sans incident.

Histologie : « Moulonguet » Rate. On reconnaît nettement l'architecture du tissu splénique avec ses trabécules conjonctifs contenant les vaisseaux.

Les sinus sont particulièrement nets à cause d'une sclérose légère accentuant le réseau de la pulpe et parce que les lymphocytes contenus dans les mailles de ce réseau sont peu abondants.

De plus, on trouve dans les travées conjonctives des lacs et des infiltrats sanguins, liés sans doute à la torsion et à la stase sanguine. Ils sont très abondants sur toutes

lescoupes. Au niveau de ces dépôts de sang, on voit des altérations progressives des globules rouges et de leur hémoglobine. Amas filamenteux segmentés, pseudo-mycéliens, ils rappellent de façon frappante ce qu'on a antérieurement publié et interprété comme des mycoses spléniques.

La torsion a été lente, progressive, sans provoquer de symptômes aigus et sans nécessiter une opération d'urgence.

Les lésions spléniques se sont constituées lentement, progressivement, depuis la gêne circulatoire et la stase jusqu'à la thrombose complète et l'atelectasie.

CONGRES FRANÇAIS DE CHIRURGIE (23 Oct. 1895)

HARTMANN

Jeune fille de 18 ans, qui, à part des fièvres intermittentes et une grosse rate douloureuse, avait toujours joui d'une bonne santé.

Le 26 mars 1893, elle fut prise brusquement, 2 heures après son déjeuner, de douleurs abdominales, vomisse-

ments, et état de malaise tel qu'elle dut cesser sa promenade et entrer dans une pharmacie ; transportée chez elle, elle continue à vomir pendant les 2 jours qui suivirent. Après une atténuation passagère, les accidents reprennent en s'aggravant et la malade entre l'hôpital Bichat, avec des signes de péritonite, le 8 avril 1893.

Face pâle, yeux excavés, pouls petit à 120, température reste cependant normale, ventre ballonné, tendu, douloureux à la moindre pression. A part la région épigastrique, les hypochondres, le flanc gauche et la partie postérieure de la fosse iliaque, la percussion dénote partout de la matité.

Intervention : Incision médiane. Epiploon rougeâtre, épaissi, mollement adhérent. On voit une masse brune sous-jacente. Après relèvement de l'épiploon, il s'écoule 200 à 300 grammes de liquide citrin, un peu rougeâtre, mêlé de flocons fibrineux, et nous apercevons la rate énorme, se présentant par sa face convexe, qui d'externe est devenue antérieure. Nous l'attirons au dehors décollant de sa face profonde des anses d'intestin grêle rouges, tomentueuses, agglutinées par des exsudats fibrineux. Nous arrivons sur le pédicule, du volume d'un cordon ombilical, tordu 2 fois sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre.

Les vaisseaux sont thrombosés. Rate : 2190 grammes—lésions récentes de thrombose et altérations scléreuses anciennes avec endartérite et disparition complète des corpuscules de Malpighi.

WESTNIK CHIROURGU LENINGRAD (1934)

GEDANOVITCH

Femme de 33 ans, mère de 3 enfants, enceinte de 5 mois, vient à l'hôpital pour violentes douleurs abdominales et nausées, vomissements ; ni gaz ni selles depuis 2 jours.

Abdomen de volume énorme, pas de mouvements péristaltiques, son tympanique dans toute la partie supérieure et matité très étendue dans la région cœcale où on sent une masse se confondant avec l'utérus gravide, matité allant vers les côtes droites.

Intervention : A l'ouverture, il s'écoule 80 grammes de liquide séreux. Dans la région iléo-cœcale on voit un organe consistant d'aspect cyanosé par places, facilement mobile. Pédicule tordu 3 fois sur son axe et serré par 3 nœuds coulants formés par l'épiploon. Aussitôt libérée, la rate diminue sensiblement de volume, l'estomac est tordu sur son axe à 180° et sa face postérieure est devenue antérieure.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Mars 1929)

RUMMEL

Femme de 33 ans. Accidents abdominaux subaigus évoluant depuis 3 jours avec douleurs diffuses, sensation nauséuses, température à 38°4 et signes d'obstruction intestinale.

Au palper dans la fosse iliaque droite et le flanc droit on perçoit une tumeur solide, très sensible au palper, de surface lisse bien délimitable à droite et en haut se prolongeant en bas dans le petit bassin, mal délimitable à gauche par suite de la présence d'anses grèles dilatées.

T. V. : Utérus rétroversé et refoulé en bas par une volumineuse tumeur sus-jacente de consistance plus solide que liquide, 14.400 leucocytes.

On pense à tumeur ovarienne tordue sur son pédicule et on intervient : les anses dilatées font irruption et il coule de la sérosité sanguinolente, puis du sang. En écartant les anses grèles et l'épiploon on voit une tumeur qui ressemble au tissu hépatique, mais le bord est crénelé. La rate est énucléée du petit bassin. Le pédicule, tordu 1 fois 1/4 sur son axe, écrase le colon transverse. La rate pesait 870 grammes, il s'en est écoulé 300 cc. de sang.

Pas de modification de la formule sanguine.

Splénectomie. Guérison.

L'auteur fait surtout jouer un rôle à la disposition anormale du péritoine splénique.

Torsion d'une rate ectopique évoluant sous l'aspect clinique d'une torsion d'une tumeur de l'ovaire.

« THE LANCET » (1921) — SOUTHAM

Enfant de 6 ans, entre à l'hôpital le 31 décembre 1920, avec le diagnostic d'appendicite aigüe.

Les accidents datent de la veille, douleurs abdominales brusques, vomissements incessants, pouls à 120, température à 100° F, contracture généralisée de l'abdomen avec douleurs et tension maxima au point de Mac Burney.

Après anesthésie, il est facile de sentir, dans la fosse iliaque droite, une tumeur volumineuse et bien mobile.

Intervention : L'abdomen ouvert on reconnaît que c'est la rate dont le pédicule avait subi une torsion de deux tours et demi.

Splénectomie. Guérison.

La rate pesait 420 grammes.

ZENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE (1922)

BROSSMANN

Extirpation d'une rate mobile à pédicule tordu

Au cours d'une grossesse en 1904, on avait constaté l'existence d'une tumeur abdominale qui se déplaçait avec les changements de position.

On avait fait le diagnostic de rein mobile gauche et pratiqué une néphropexie.

La tumeur mobile et arrondie persistant toujours on fit, 13 jours plus tard, une laparatomie.

On reconnut la tumeur et on la considéra comme un troisième rein dystopique, qui fut laissé en place.

La malade accoucha à terme et garda sa tumeur 17 ans.

Elle est revue en 1921. Elle ressent de violentes douleurs à l'épigastre et l'hypochondre gauche, arrêt des matières et des gaz, ventre météorisé ; on sent pourtant au-dessus de l'arcade crurale gauche une tumeur plus grosse que le poing, très douloureuse, on pense à un rein ectopié et aussi à un kyste de l'ovaire tordu.

Intervention : Montre une rate ectopique, très hyper-

trophée, avec adhérences épiploïques et déchirure capsulaire. Le pédicule de la rate, comprenant les vaisseaux et le repli péritonéal les entourant, présente une torsion de 2 tours et demi.

Splénectomie. Guérison rapide .

BON A IMPRIMER :

VU LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

HAMAND.

VU LE DOYEN :

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Pour le Recteur, le Doyen Délégué :

L. BRUNTZ.

TABLE DES MATIÈRES

Avant Propos	9
Anatomie normale de la rate. Ses moyens de fixation	11
Etiologie	19
Anatomie Pathologique	31
Symptomatologie	41
Traitement	47
Observations	49
